

Số: /PAS-VTTBYT Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng 7 năm 2025

YÊU CẦU BÁO GIÁ

Kính gửi: Các nhà cung cấp vắc xin tại Việt Nam

Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh có nhu cầu mua vắc xin tiêm ngừa dịch vụ, để có cơ sở xây dựng dự toán, Viện kính mời các nhà cung cấp quan tâm báo giá vắc xin tiêm ngừa dịch vụ như sau:

I. Thông tin của đơn vị yêu cầu báo giá

1. Đơn vị yêu cầu báo giá: Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh – Địa chỉ: 167 Pasteur, P. Xuân Hòa, Tp.Hồ Chí Minh

2. Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá:

- Họ tên người nhận báo giá: Cao Thị Ngọc Thắm
- Chức vụ: Chuyên viên cung ứng – Phòng Vật tư Thiết bị y tế
- Số điện thoại: 093 654 8286
- Địa chỉ email: thamctn@pasteurhcm.edu.vn

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

- Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Phòng Vật tư – Thiết bị y tế - Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh

- Hoặc nhận bằng scan báo giá qua email: thamctn@pasteurhcm.edu.vn.

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ lúc thông tin đăng tải thành công đến 17 giờ 00 ngày 21 tháng 7 năm 2025.

Các báo giá nhận được sau thời điểm nêu trên sẽ không được xem xét.

5. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 90 ngày, kể từ ngày 21 tháng 7 năm 2025.

II. Nội dung yêu cầu báo giá vắc xin tiêm ngừa dịch vụ

1. Danh mục: *Chi tiết theo Phụ lục I đính kèm.*

2. Số lượng: *Chi tiết theo Phụ lục I đính kèm.*
3. Yêu cầu kỹ thuật: *Chi tiết theo Phụ lục I đính kèm./.*

Nơi nhận:

- Như trên;
- Viện trưởng (để báo cáo);
- PVT Đinh Xuân Thành (để p/h chỉ đạo);
- Phòng HCQT (CNTT) (để thực hiện);
- Lưu: VT, VTTBYT.

**TL. VIỆN TRƯỞNG
TRƯỞNG PHÒNG VTTBYT**

Lê Việt Hà

Phụ lục I
DANH MỤC VẮC XIN

(Kèm theo Yêu cầu báo giá số /PAS-VTTBYT ngày /7/2025 của Phòng Vật tư thiết bị y tế)

TT	Tên hoạt chất	Nồng độ, hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế	Đơn vị tính	Số lượng	Phân nhóm
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1	Vắc xin phòng Não mô cầu	Mỗi liều (0,5 ml) có chứa: - Polysaccharide não mô cầu nhóm A: 10mcg - Polysaccharide não mô cầu nhóm C: 10mcg - Polysaccharide não mô cầu nhóm Y: 10mcg - Polysaccharide não mô cầu nhóm W135: 10mcg - Protein giải độc tố uốn ván: 55mcg* (Protein mang cộng hợp Polysaccharide tất cả các nhóm huyết thanh) *Lượng giải độc tố uốn ván là lượng ước tính và phụ thuộc vào tỷ lệ giữa polysaccharide cộng hợp và protein mang	Tiêm bắp	Thuốc tiêm hoặc Thuốc tiêm đóng sẵn trong dụng cụ tiêm	Hộp	5.000	1

Phụ lục II
MẪU BÁO GIÁ (ĐỀ NHÀ CUNG CẤP THAM KHẢO)
(Kèm theo Yêu cầu báo giá số /PAS-VTTBYT ngày /7/2025 của Phòng Vật tư – thiết bị y tế)

BÁO GIÁ

Kính gửi: ... [ghi rõ tên của Chủ đầu tư yêu cầu báo giá]

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của.... [ghi rõ tên của Chủ đầu tư yêu cầu báo giá], chúng tôi....[ghi tên, địa chỉ của hãng sản xuất, nhà cung cấp; trường hợp nhiều hãng sản xuất, nhà cung cấp cùng tham gia trong một báo giá (gọi chung là liên danh) thì ghi rõ tên, địa chỉ của các thành viên liên danh] báo giá cho các (Tên hàng hóa) như sau:

1. Báo giá cho các thuốc:

TT	Tên hoạt chất theo yêu cầu của Viện	Tên thương mại của Vắc xin nhà thầu chào	Phân nhóm	Nồng độ hàm lượng	Dạng bào chế	Đường dùng	ĐVT	Số lượng	Hãng sản xuất/Nước sản xuất	Số đăng ký lưu hành (Cung cấp kèm hồ sơ)	Tuổi thọ	Đơn giá (VNĐ, có VAT)	Thành tiền

2. Báo giá này có hiệu lực trong vòng: ngày, kể từ ngày ... tháng... năm...[ghi ngày....tháng...năm... kết thúc nhận báo giá phù hợp với thông tin tại khoản 4 Mục I – Yêu cầu báo giá].

3. Chúng tôi cam kết:

- Không đang trong quá trình thực hiện thủ tục giải thể hoặc bị thu hồi Giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp hoặc Giấy chứng nhận đăng ký hộ kinh doanh hoặc các tài liệu tương đương khác; không thuộc trường hợp mất khả năng thanh toán theo quy định của pháp luật về doanh nghiệp.
- Giá trị của các thiết bị y tế nêu trong báo giá là phù hợp, không vi phạm quy định của pháp luật về cạnh tranh, bán phá giá.
- Những thông tin nêu trong báo giá là trung thực.

....., ngày.... tháng....năm....

Đại diện hợp pháp của hãng sản xuất, nhà cung cấp
(Ký tên, đóng dấu (nếu có))